



II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O contributo do uso da bola de nascimento no controlo da dor da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto

Vanessa Furão

Professora Teresa Félix

Lisboa, 2012



II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O contributo do uso da bola de nascimento no controlo da dor da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto

Vanessa Furão

Professora Teresa Félix

Lisboa, 2012

***Sou mulher, sou mãe, sou deusa, e assim mereço ser cuidada.
Se parir faz parte da natureza, que esta força seja respeitada.
Respeitada pelos homens e por mim mesma, pois fazemos a
humanidade crescer.
Que as cesarianas, induções, tecnologia, sejam usadas com magia e
saber.
Saber que os médicos dominam, e nós, mulheres, também.
Conhecendo o nosso corpo e instinto, sabemos mais que ninguém.
Portanto, minha gente é hora de parir como e com quem quiser.
Se durante a noite ou a aurora, ordem é esperar quando vier.
Chega de intervir na natureza!
As mulheres precisam de compreender, receber o bebé no coração,
experimentar o "dar à luz e renascer".***

(Lívia Pavitra)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os intervenientes nesta minha etapa formativa, pois sem eles certamente que a sua conclusão não seria possível, nem o meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira;

Ao meu marido, Rui, por ter estado sempre lá para mim, mesmo nas minhas ausências frequentes. Aos meus pequenos príncipes, por esperarem por mim, com toda a paciência e carinho. Talvez daqui a uns anos compreendam o que significou para mim o seu sacrifício e a privação da sua companhia. Aos três por me acolherem sempre de braços abertos e sorriso no rosto;

À minha mamã, por nunca me deixar desistir em todos os momentos em que pensei em fazê-lo. Obrigada pelas tuas sábias palavras e motivação;

À minha orientadora no local do ensino clínico, por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionou, por todos os seus ensinamentos e incentivos, que me permitiram crescer e ser quem sou hoje. Obrigada por me ensinar tudo o que sei!

À minha docente orientadora Teresa Félix, por todo o apoio e disponibilidade dispensados, e pela sua paciência sem limites;

Aos casais que cuidei e que me deram o privilégio de poder fazer parte do seu momento especial;

A todos o meu muito obrigada.

RESUMO

Ser EEESMO constitui todos os dias e em todas as situações um constante desafio para as competências pessoais, mas acima de tudo para as competências profissionais técnicas, humanas e relacionais, o que desenvolve durante este percurso. É da competência do EEESMO, o cuidar a mulher como um todo e como ser único que é ao longo do seu ciclo vital e ser seu parceiro de cuidados, tendo em vista a promoção da sua autonomia. Os cuidados de enfermagem especializados têm um papel fundamental no palco da humanização do parto, assim como na capacitação das suas clientes de cuidados no que diz respeito à condução do trabalho de parto (TP) e adoção de medidas não farmacológicas de controlo da dor (sendo a bola de nascimento um dos exemplos). Assim, a realização deste relatório, tem como principal finalidade contribuir e cooperar para a adequação das intervenções de enfermagem na sala de partos, que visam o controlo da dor durante o 1º estágio do TP, utilizando como referencial teórico a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

Uma vez que a evidência é fundamental para o suporte/desempenho de cuidados de qualidade, e é o que distingue a Enfermagem de outras práticas que envolvem o cuidar, foi escolhida a metodologia da Revisão Sistematizada da literatura (RSL), aliada a uma observação participante, realizada no contexto da prestação de cuidados, durante o estágio com relatório, para fundamentar o cuidar desenvolvido. O objetivo foi compreender o contributo do uso da bola de nascimento no controlo/alívio da dor da parturiente durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados no 1º estágio do TP.

Vários autores referem que a bola de nascimento constitui um método efetivo no controlo da dor durante o TP, uma vez que permite à cliente adotar posições que permitem maior conforto e que favorecem o progresso do TP. Então a implementação de exercícios com a bola de nascimento, pode constituir uma ferramenta eficaz para reduzir a dor das clientes durante o TP. A mobilização dos resultados da RSL na prática de cuidados de enfermagem permitiu compreender a eficácia da utilização da bola de nascimento na diminuição da dor da parturiente durante o 1º estágio do TP.

Palavras-chave: bola de nascimento, dor no TP, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT (tradução livre de vanessa Furão)

Being Midwife require in a daily bases and in every occasion a hard and regular challenge to the personal skills, but mainly for technical, human and relational skills.

As a Midwife, it is taken as the main responsibility, taking care of the woman in its entirety and as a unique and single subject by going throughout their life cycle and being her partner in care, with the main target of promoting each woman autonomy.

The specialist nursing care run it main role in what concerns to the humanization of birth (natural birth), as well as providing training for their clients care, what concerns to the way to going through labor and making use of non-pharmacological pain control (being the birth ball one of the examples).

As so, building up this report, have as it main purpose to contribute and cooperate for the adequacy of nursing interventions in the delivery room, which refers to the pain control during the 1st stage of labor, having as theoretical reference the Theory of Caring by Kristen Swanson.

Once the evidence is critical to the support / performance of care quality, and considering this is what distinguishes nursing from other practices involving the care, it was chosen the methodology of systematic literature review (SLR), combined with participant observation held inside the context of care during the clinical practice, to support the provided care.

The goal was to understand the contribution of the use of birth ball as a method of pain control/relief, by delivering of skilled nursing care during the 1st stage of labor

Several authors report that the birth ball is effective methods of pain control during labor once it allows the client to assume positions which will provide more comfort and triggers a smooth labor progress.

So, performing the exercises with the birth ball, it should be considered as an effective tool to reduce pain during labor.

By comparing the outcome results obtained with the SLR and participant observation concludes that, in general, the use of the birth ball contributes to the pain attenuation and control during the 1st stage of labor.

Keywords: birth ball, labor pain, nursing care

SUMÁRIO

	f
0 – INTRODUÇÃO	8
1– ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1 - Modelo Teórico de Enfermagem de Kristen Swanson	11
1.2 – Dor e TP	15
2 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	27
2.1 - Revisão Sistematizada da Literatura	28
2.2 – Resultados da Revisão Sistemática da Literatura	30
3 – ANÁLISE/DISCUSSÃO DO PERCURSO E OBJECTIVOS DO EC	38
4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
5 – LIMITAÇÕES DO TRABALHO	48
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7 - BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	59
ANEXO I – Projeto individual de estágio	60
ANEXO II – 1º diário de aprendizagem	61
ANEXO III – 2º diário de aprendizagem	62
ANEXO IV – Relatos das parturientes que utilizaram a bola de nascimento durante o TP	63
ANEXO V – Diagnóstico de situação acerca do uso da bola de nascimento realizado no bloco de partos do local do EC	64
ANEXO VI – sessão formativa aos pares	65
ANEXO VII – quadro resumo da análise dos artigos	66

0 – INTRODUÇÃO

Durante a sua formação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) adquire conhecimentos aprofundados e competências técnicas, científicas e humanas na área da obstetrícia e ginecologia visando um desempenho responsável de cuidados autónomos e interdependentes à mulher e sua família, permitindo-lhe uma prestação de cuidados durante todo o ciclo vital da mulher aos 3 níveis de prevenção.

Ser EEESMO constitui todos os dias e em todas as situações um constante desafio para as competências pessoais, mas acima de tudo para as competências profissionais técnicas, humanas e relacionais.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG), assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010). Então o EEESMO encontra na mulher e na sua família o alvo dos seus cuidados de enfermagem.

Assim, promover o conforto e a satisfação da mulher no parto estão entre os cuidados mais importantes dos enfermeiros especialistas. As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência à parturiente durante o trabalho de parto (TP), que incluem desde modificações nos ambientes de assistência ao parto até o emprego de práticas não medicamentosas de alívio da dor durante o TP, uma vez que estas causam menos efeitos adversos para a parturiente e o recém-nascido (RN), e podem permitir à cliente uma maior sensação de controlo no seu parto.

Segundo Silva et al, *as práticas e os serviços de atenção ao parto são influenciados pelos papéis desempenhados pela parturiente, pelos profissionais que a assistem e pelo ambiente onde ocorre o evento. Locais com atendimento*

voltado à fisiologia do nascimento e parto onde as enfermeiras obstétricas e obstetrizes podem utilizar livremente suas habilidades para promover o parto normal, permitem o uso de práticas de conforto menos intervencionistas (2011, p.659).

O manual Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANEXO II, do ANEXO I deste relatório) lista várias ações que devem ser incentivadas durante o período perinatal e inclui-se as que se referem aos cuidados não farmacológicos de alívio da dor no TP (Sescato, 2008). Para a OMS as condutas que são claramente úteis devem ser encorajadas e implementadas, tais como estratégias não medicamentosas de conforto e alívio da dor durante o TP, que são usualmente utilizadas pelos EEESMO.

O referencial teórico mobilizado para alicerçar a minha prática de cuidados e que fundamenta o meu cuidar e a minha prática foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, inserida no paradigma da transformação, na escola do cuidar. Esta é uma teoria de médio alcance, em que a autora dá principal enfoque ao cuidar. Para Swanson este é o ponto fulcral da Enfermagem. O conceito de Cuidado de Enfermagem está fortemente incutido no desempenho do enfermeiro, pelo que importa defini-lo. *O processo de cuidados de enfermagem cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado* (Collière, 1999, p. 293).

Então, os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira a uma pessoa e aos seus familiares, com vista a ajudá-los numa determinada situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem (Hesbeen, 2000, p. 67).

A elaboração deste relatório de estágio tem como finalidade dar resposta ao meu projeto individual (ANEXO I) e demonstrar o meu desenvolvimento de competências e a minha aquisição de conhecimentos no âmbito do Ensino Clínico (EC) – estágio com relatório, do 2º curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que decorreu numa unidade de cuidados do Distrito de Lisboa, entre 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012. A orientação

do mesmo esteve a cargo da EEESMO no local e da Professora Teresa Félix (docente orientadora), bem como ao longo dos EC que realizei durante esta formação.

Ao longo deste documento pretendo evidenciar o meu percurso de aquisição de novas competências e o desenvolvimento das mesmas; as atividades que desenvolvi e a sua avaliação de acordo com os objetivos por mim traçados no projeto individual; apresentar os resultados da revisão sistematizada da literatura (RSL), e como a evidência demonstrada fundamentou a minha prática de cuidados e finalmente analisar de forma crítica o meu desempenho, refletindo os aspetos positivos e negativos inerentes ao meu desempenho durante este percurso, tendo em conta o estado da arte e tendo como suporte as competências específicas do EEESMOG e os objetivos delineados.

Assim, este documento encontra-se estruturado em cinco capítulos: no primeiro, exponho o enquadramento teórico acerca da problemática que me propus estudar, e que me permitiu basear a minha prática e também aprofundar mais a teoria do cuidar de Swanson. No segundo explico a metodologia utilizada, assim como os resultados da RSL. Numa 3ª fase apresento a análise/discussão dos meus objetivos individuais, onde demonstro as competências que adquiri e desenvolvi ao longo do estágio, mobilizando o referencial teórico de suporte, assim como as competências comuns e específicas do EEESMOG. De seguida faço uma análise das limitações que senti durante o meu percurso. Finalizo com as considerações finais, onde exponho a análise crítica ao meu desempenho enquanto EEESMO.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – Modelo Teórico de Enfermagem de Kristen Swanson

Um modelo teórico representa uma imagem descritiva do exercício que representa adequadamente a realidade, possibilitando uma uniformização de conceitos e objetivos que conduzem a uma uniformização da linguagem, para os intervenientes no cuidar, como para os que gerem os cuidados e para os que lecionam. A adoção de um modelo teórico é vantajosa, uma vez que a sua aplicabilidade está relacionada com os profissionais que o desenvolvem e implementam, e com o grupo de clientes a que se destina.

Assim, e tal como referi anteriormente, selecionei a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. Escolhi-a por ser aquela com a qual eu mais me identifico uma vez que considera o cliente como um ser único que tem a capacidade/liberdade para decidir o percurso do seu processo de cuidados. Também é para mim de extrema importância a relevância que a autora atribui ao processo de cuidar, colocando-o no centro de toda a ação da enfermagem. Esta é uma teoria de médio alcance, em que a autora dá principal enfoque ao cuidar, sendo este, para Swanson, o ponto fulcral da Enfermagem. O conceito de Cuidado de Enfermagem está fortemente incutido no desempenho do enfermeiro, pelo que importa defini-lo. O cuidar em enfermagem, baseia-se nas informações colhidas junto do cliente, e na forma com o enfermeiro as utiliza e descodifica, durante a sua prestação de cuidados. Para Swanson (1993), os quatro conceitos chave são definidos da seguinte forma: **Pessoa** – a pessoa é um ser único inserido num processo de transformação e cuja totalidade se manifesta em pensamentos, sentimentos e comportamentos. A pessoa tanto é determinada como determina o meio ambiente em que vive. A herança genética é como uma impressão digital das características humanas, únicas de cada ser. O livre arbítrio equaciona a escolha e a capacidade de decidir como agir quando confrontada com um conjunto de possibilidades; **Ambiente** – É qualquer contexto que influencia ou é influenciado pelo cliente. Para a autora, são vários os tipos de influência e incluem fatores culturais, políticos, económicos, sociais, biofísicos, psicológicos e espirituais. Para Swanson o que

é considerado para o cliente em algumas situações, pode servir como contexto, ou ambiente noutras circunstâncias. **Saúde** – Swanson define este conceito como o bem-estar pretendido pelo cliente, independentemente da existência ou não de doença. É um valor e experiência diferente para cada pessoa, constituindo a possibilidade de desenvolvimento da mesma. Para a autora o processo de estabelecer bem-estar, inclui a libertação da dor interior, o estabelecer novos sentidos, restaurando integridade e fazendo emergir um sentido de plenitude renovado; **Enfermagem** – Para Swanson é uma intervenção terapêutica e um conjunto de comportamentos presentes no ato de cuidar. É cuidar de clientes que experienciam alterações de saúde reais ou potenciais, até que estes sejam capazes de cuidar de si próprios de forma independente. Para a autora a Enfermagem é o serviço prestado à humanidade, e tem como objetivo aumentar o bem-estar daqueles a quem dirige a sua ação. Para a autora, o que distingue a Enfermagem de outras práticas que envolvem o cuidar é precisamente a interligação entre a ciência-informação e a meta prática.

O cuidar, para Swanson (1993), é o pilar base da prática de enfermagem, a pessoa que presta cuidados deve estar motivada para resolver o problema/necessidade do outro, ou seja, tem que ter uma atitude empática, colocando-se no seu lugar. O cuidar constitui-se como um processo onde se integram cinco processos de cuidar: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Estes processos interligam-se e é através deles que se consegue realizar o cuidar, que constitui uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis. Releva o conceito de capacitar, o que se traduz de especial interesse para mim, uma vez que este é um dos processos de cuidar que procurei mobilizar ao longo da minha prática de cuidados durante os vários EC e que constitui um veículo facilitador para que a mulher assuma o seu papel central na vivência saudável do TP.

Como já referi, a Teoria do Cuidar de Swanson consiste em cinco processos, que segundo a autora não se podem excluir mutuamente. Estes constituem a estrutura do modelo teórico, que visa fomentar a relação com o outro, a valorização da sua experiência de vida e os seus sentimentos, em que a

pessoa que cuida, o cliente alvo do cuidar e o que observa os cuidados, se sentem empenhados e responsáveis. Assim, a autora identificou cinco processos de cuidar e em cada um deles várias sub-dimensões, que constituem a operacionalização de cada processo. Para Swanson os cinco processos e suas sub-dimensões não são exclusivos da enfermagem, eles são propostos como características comuns em todas as relações de cuidar e são:

- Conhecer – o enfermeiro esforça-se para compreender um acontecimento com o significado que ele tem na vida do outro, isto é, o enfermeiro evita ideias pré-concebidas (juízos) e centra-se no seu cliente, tentando assim compreender a realidade pessoal daquele que cuida, obtendo o conhecimento integral da pessoa;
- Estar com – consiste em estar emocionalmente presente para o outro, através de uma disponibilidade contínua e da partilha de sentimentos de alegria ou sofrimento. No entanto esta partilha deve ser controlada de forma responsável pelo cuidador para que não interfira negativamente com o cliente, constituindo desta forma um peso negativo no cuidar. O estar com é mais do que compreender a situação do outro, é estar emocionalmente disponível para a realidade do cliente, transmitindo-lhe assim o quão importante é a sua experiência para o que cuida. Desta forma é assegurado ao cliente que a sua realidade é valorizada e tida em conta, transmitindo-lhe que não está sozinho, é ser uma presença contínua;
- Fazer por – implica fazer pelo outro aquilo que ele seria capaz de fazer sozinho se isso lhe fosse possível. Cuidar é fazer por, com competência, de forma antecipatória tendo como objetivo a proteção das necessidades do cliente. Ao fazer por, o enfermeiro deve ter sempre presente a necessidade de agir de forma a preservar a dignidade do seu cliente, assim, e se possível, o fazer por deve ser realizado de forma discreta e que permita o esquecimento fácil por parte do cliente. Swanson descreve ações terapêuticas de fazer por que incluem antecipar necessidades, confortar, executar com competência, proteger o outro;

- Possibilitar – implica facilitar a passagem do cliente através das transições da vida e de acontecimentos desconhecidos. O enfermeiro que dá a possibilidade é aquele que usa o seu conhecimento específico para o bem do outro, e envolve focar-se no acontecimento, informando, explicando, apoiando, possibilitando e valorizando sentimentos, gerando alternativas, refletindo sobre os factos de uma forma completa e possibilitando a validação dos sentimentos do outro. O propósito de possibilitar é facultar a capacidade do cliente para crescer, e/ou praticar o auto-cuidado. Muitas vezes, possibilitar, inclui ajudar os que cuidam a focar as suas preocupações, gerar alternativas e pensar como olhar para, ou agir, numa situação. Então facilitar o percurso de vida das pessoas, possibilitando mudanças de vida, inclui treinar, informar e esclarecer o outro, dar-lhe apoio e permitir-lhe ter as suas próprias experiências, ajudando-o a focar-se nos pontos mais importantes e a vislumbrar alternativas, orientando-o a ponderar as questões, validando a atividade do outro;
- Manter a crença – o enfermeiro acredita no cliente e na sua capacidade de ultrapassar um acontecimento ou mudança e enfrentar o futuro com significado, favorecendo a sua auto-estima, mantendo uma atitude de esperança, oferecendo-lhe otimismo realista, ajudando-o a encontrar sentido e percorrendo a distância, indo até ao fim com o cliente, independentemente do desenrolar da sua situação. *Manter a crença* não é dar significado à vida dos clientes. O enfermeiro, mais do que esforçar-se por *conhecer, estar com, fazer por*, capacita o cliente para que este consiga obter uma vida cheia de significado, isto é, consiste num acreditar por parte de quem cuida, na pessoa que é cuidada e na sua capacidade de ultrapassar alguns factos e transições, enfrentando o futuro com sentido.

Então para a autora cuidar é *uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis*. Para Swanson a Enfermagem é o resultado de aspetos como a compreensão, conhecimento empírico, estético, ético e intuitivo relativamente a uma dada situação clínica, conjuntamente com o cuidar.

1.2 - Dor e TP

O conceito de humanização do parto é bem diversificado, porém, segundo Castro e Clapis (2009), citados por Salmi, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade da mulher, valorizando-a como protagonista, relacionando assistência com a cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas. Assim humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas.

TP

Para a mulher/casal o parto constitui um evento marcante e está inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo. Assim, e com o propósito de melhorar a saúde perinatal, o modelo de assistência tem vindo a evoluir (FAME 2009).

O TP é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto (Lowdermilk, 2008, p. 344). Clinicamente, o trabalho de parto tem 4 estádios: dilatação, parto, dequitação e puerpério imediato.

O TP em si não é apenas um ato biológico, mas também um processo social, isto porque afeta a relação não só entre o casal, mas entre os membros do clã/família em que ambos se inserem. Também é social porque define a identidade da mulher de uma nova forma; agora ela é mãe. Para Kitzinger (1996) o TP, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, nunca é totalmente “natural”, também o parto reflecte valores sociais e varia de acordo com a sociedade, uma vez que é um ato cultural, em que num contexto de costumes, têm lugar processos fisiológicos espontâneos, cuja realização é considerada essencial ou desejável para que tenha êxito. A experiência de parto difere amplamente de cultura para cultura e é influenciada pelos valores, crenças e contextos de prática de cuidados (FAME, 2009), (...). *Enquanto o parto tradicional situa a mulher no centro do drama que se está a desenrolar, o parto moderno envolve uma tecnologia avançada e sofisticada e um equipamento gigantesco em comparação com o qual a parturiente parece uma criatura diminuta e insignificante. Os sinais que os obstetras e parteiras*

recebem e interpretam não vêm directamente do seu corpo, mas dos monitores e de outras máquinas de que a sala de partos está repleta. É nos ecrãs e nos gráficos que todos os olhares se fixam (Kitzinger, 1996, p.133).

DOR NO TP

Segundo a *International Sociedad for Study of Pain* (IASP) citada por Sartori (2011), a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Entretanto, sabe-se que a dor também é influenciada por fatores psicossociais e culturais, tendo um carácter individual.

A avaliação da dor é um processo complexo no qual o pesquisador só pode realizá-la a partir do relato de quem sofre uma agressão dos tecidos. A precisão na descrição da dor tem como indicativo o relato subjetivo do cliente.

A Direcção-Geral da Saúde, (...), institui (...), a “Dor como o 5º sinal vital”. Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

1. O registo sistemático da intensidade da dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

A escala utilizada, para um determinado cliente, deve ser sempre a mesma.

Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o cliente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pela instrução prévia à sua utilização.

É fundamental que o profissional de saúde assegure que o cliente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Vou abordar apenas a escala numérica uma vez que é de muito fácil utilização e é a que mais se aplica na realidade do local onde decorreu o meu estágio

com relatório, fazendo parte dos registos das tabelas de sinais vitais em vigor no sistema informático desse hospital.

O enfermeiro explica ao cliente a escala numérica de dor de modo a que a nota 0 (zero) significa que o cliente não sente nenhuma dor e a nota 10 significa dor no seu grau máximo, (dor de intensidade máxima imaginável). Esta escala ajuda o enfermeiro e o cliente a acompanhar a evolução da dor de acordo com a conduta analgésica tomada. A classificação numérica indicada pelo cliente será assinalada na folha de registo.

ESCALA NUMÉRICA DA DOR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = nenhuma dor										10= máxima dor

Fonte: ALVES (2009)

Durante o TP a dor pode ser descrita como uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o stresse (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfinas, fadiga e doença) (Almeida citado por Salmi 2009). No primeiro estágio do TP, a dor é provocada pelas contrações uterinas e dilatação da cérvix. No período expulsivo, além desses fatores, alia-se a pressão que o feto exerce nas estruturas pélvicas aumentando a sua intensidade.

Historicamente o parto está relacionado ao mito de ser algo intolerável e muito doloroso fisicamente. No imaginário de algumas mulheres, boa mãe é aquela que sofreu ao parir os seus filhos a fim de cumprir o seu papel. As mulheres ocidentais são preparadas desde crianças para passarem por uma dor que não são capazes de suportar. Por outro lado, o medo de sentir dor está muito difundido. Assim, esse medo causa tensão psíquica que leva ao aumento da dor em virtude da tensão dos órgãos e tecidos, formando um ciclo vicioso, podendo gerar uma dor intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante. Também Tew, citado por Schmid (2007), afirma que o parto natural é associado à experiência da dor, esta é uma das razões pela qual o parto natural está a desaparecer nos dias de hoje. A razão do medo da dor, pode ser encontrada

nos nossos estilos de vida sociais, ritmos de vida frenéticos; a pressão de ter que ser eficiente em todas as situações; competição; ter o sucesso como único alvo; a necessidade da satisfação imediata das nossas necessidades e desejos; a recusa do sofrimento e desconforto, e nada menos que resultados perfeitos: todos estes fatores deixam pouco espaço para ouvir, sentir e assumir uma atitude pró-ativa perante os problemas e dificuldades.

- **Fisiologia da dor no TP**

O Relaxamento completo entre as contrações, permite, à mulher reentrar momentaneamente no estado de grande calma e livre de stresse. Este estado facilita a ativação do sistema nervoso parassimpático e permite que o organismo da mulher se prepare para outro aumento de catecolaminas, com a produção subsequente de oxitocina. A oxitocina estimula a prolactina, que desempenha um importante papel na proteção do metabolismo do feto durante o TP e ajudando-o na transição para a vida extra-uterina. A prolactina também estimula as endorfinas (analgésicos endógenos – catecolaminas, oxitocina, prolactina e sistema nervoso parassimpático), que suspendem as contrações, sendo responsáveis pelo ritmo do TP. A cooperação harmoniosa dos dois sistemas autónomos é muito importante no nascimento. O sistema simpático é, na realidade, responsável pelas contrações uterinas, enquanto o sistema parassimpático regula a distensão do segmento inferior do útero e do colo uterino. A alternância harmoniosa entre os dois sistemas, é favorecida pela correta permuta entre dor e relaxamento (Schmid, 2007). Existem muitas técnicas que o EEESMO pode utilizar para facilitar esta alternância e guiar a mulher através da dor. Ele pode, por exemplo, oferecer à mulher ferramentas para conter a dor, transformando-a, assim em algo com que ela consegue lidar, para que esta seja reduzida ao seu mínimo fisiológico, e não amplificada pelo medo e tensão, ou intervenções médicas, promovendo assim a autonomia da mulher e o cuidar único (adaptado e para aquela mulher e não algo igual para todas, já que o que se adapta a uma parturiente, não se adapta a outra, independentemente das circunstâncias poderem ser semelhantes). Acima de tudo, o EEESMO deve procurar favorecer a produção de endorfinas.

- **Significado da dor de TP**

A humanização do nascimento, o debate do parto natural, o debate acerca do uso apropriado da tecnologia e vínculo pré-natal da díade, o debate acerca do que constitui uma educação pré-natal apropriada, coloca uma vez mais a figura do EEESMO ao lado da mulher que requer ser mais protagonista do seu próprio processo.

A analgesia natural e a farmacológica expressam as duas polaridades da obstetrícia de hoje. A tensão entre o uso da tecnologia e a ativação dos recursos endógenos da mulher, entre poder e impotência (Schmid, 2007).

Uma das muitas características do TP fisiológico é a sua natureza ritmada. Acima de tudo é pessoal, isto significa que é determinado pela personalidade e experiências da mulher que está a parir. No entanto é altamente imprevisível. A dor é o aspeto do TP fisiológico em que o ritmo da natureza é mais bem representado. A dor no TP é intermitente, e é aqui que reside um dos maiores segredos do TP fisiológico.

- **Funções físicas da dor:**

A dor é “um guia através do nascimento” e é um protetor da parturiente e do feto. A função fisiológica da dor é proteger o corpo ao enviar sinais de alarme sobre qualquer agressão, para que possamos atuar para nos protegermos do perigo. Logo ação é o ponto-chave (Schmid, 2007), isto é, a dor é um guia valioso, para mãe e bebé, que alerta para os perigos, dando à mulher a possibilidade de retificar situações potencialmente perigosas, reagindo com uma resposta correta e instintiva. A resposta fisiológica mais importante à dor do TP é, o movimento. A liberdade de movimentos permite à mulher, assumir, instintivamente posições anti-álgicas, aquelas em que a resistência e a compressão estão reduzidas, ao mesmo tempo que protege o feto de posições que possam causar pressão excessiva na sua cabeça. Ao agir desta forma, a mulher pode reduzir os níveis de stresse do feto, assim como a sua própria dor.

- **Funções afectivas da dor**

Os níveis elevados de endorfinas produzidos durante o TP e a profunda experiência induzida pela dor, estimulam fortemente o sistema límbico do cérebro primário, que é responsável pelas funções efetivas do cérebro. Isto é, elas permitem que a mulher se concentre em todos os seus instintos e sensações no nascimento iminente. Graças a este processo, a mulher consegue acolher o RN num estado profundo de “inconsciência e instintivo”, tal como acontece no momento da nidação no endométrio no início da gestação. Este tipo de laço não é possível num parto em que a dor se encontra reduzida ou inibida devido à analgesia. Para Schmid (2007), o estado “sensitivo” é muito semelhante ao estar apaixonado. A natureza, de facto, programou a mulher para se apaixonar pela sua criança, a fim de garantir o processo do cuidar, tornando-o agradável.

MOBILIDADE/CONTROLO DA DOR

A mobilidade é o principal componente para lidar com a dor, não existe uma posição ideal para o TP, a liberdade de optar e responder de uma forma específica é crítica. Por norma a mulher instintivamente assume a posição que favorece o 1º estágio do seu TP para que este seja mais rápido e eficaz.

Através da análise da literatura, é evidente que não existe nenhuma definição universal para as posições verticais durante o TP, no entanto a revisão da literatura realizada por Silva et al (2011, p.660), constatou que *no trabalho de parto, a imobilidade materna pode contribuir para o aumento do número de distocias e risco de partos operatórios, por prejudicar a progressão ou descida fetal*, e que a movimentação materna durante o TP pode provocar uma diminuição da dor, facilitar a circulação materno-fetal, aumentar a intensidade das contrações uterinas, diminuir a duração do TP, auxiliar a descida e encravamento da apresentação fetal e diminuir as taxas de trauma perineal e episiotomia (Silva et al, 2011)

Ao longo da história, as mulheres usavam posições verticais e/ou posições neutras para favorecerem o TP com a força da gravidade para parirem os seus filhos. Normalmente as mulheres eram cuidadas e atendidas durante o TP por mulheres “sábias” da sua comunidade, que as encorajavam a guiarem-se pela

sua sabedoria interna e pelo apoio daqueles que a rodeavam. O uso de várias posições durante o TP permite que a mulher responda às mudanças de posição do seu bebé durante a descida. O posicionamento que a mulher escolhe, com frequência aumenta a sua comodidade e facilita a progressão do TP. Cada posição tem vantagens e desvantagens, por isso cabe ao EEESMO explicar o porquê de em determinada fase existirem posições que não se podem utilizar, e em conjunto com a mulher ajudá-la a adaptar a posição em que ela se sente mais confortável, uma vez que *ao longo da fase activa, até à dilatação completa, a adaptação osteomuscular da pelve influencia o comportamento do períneo. A pelve óssea assegura a função do mesmo, desde que as suas articulações estejam móveis* (Salmi, 2009, p.6), no entanto, na nossa sociedade, as modificações de comportamento durante o parto foram aceites como necessárias devido à instrumentação do cuidar, sem que houvesse qualquer investigação sobre os possíveis efeitos destas transformações (Kitzinger, 1996).

Quando a mulher se mobiliza durante o TP e adota posições verticais, estas alterações nos ligamentos e articulações são otimizadas. Além disso, a adoção de posições verticais emprega o efeito da gravidade para aplicar a parte de apresentação no colo do útero, aumentar a eficácia das contrações em dilatar o colo do útero. Estes efeitos ajudam a descida do feto pelo canal do parto. Assim, a capacidade da mulher parir o seu bebé de forma mais eficaz e sem intervenção médica é reforçada. Por outro lado, a falta de movimento unido à manutenção de posições não-verticais reduz o espaço disponível do diâmetro do estreito inferior, ou seja a imobilidade reduz a capacidade da mulher parir o seu filho sem intervenção médica (Kitzinger, 1996).

Então, podemos afirmar que a mobilização e manutenção de posições verticais durante o TP melhoram a experiência de parto da mulher, e apoia a fisiologia normal do parto. Para Silva et al (2011, p. 657) *a postura vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal, motivo pelo qual a influência das mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas nas pesquisas. A bola suíça é uma das estratégias para a promoção*

da livre movimentação da mulher durante o parto. No entanto, não existe um TP e uma posição ideal de nascimento para todas as mulheres, uma vez que a mulher é um indivíduo, é única com todas as suas experiências e vivências e o TP é um evento dinâmico, logo os EEESMO necessitam de incentivar e apoiar a mulher para que esta explore as posições que são ideais para si durante o TP, e para a informar sobre práticas que afetam a sua capacidade de mobilização e ajudando-a a manter posições verticais, devendo para isso destacar os efeitos adversos do TP e parto na cama e a adoção de posições não verticais, uma vez que, e tal como Silva et al afirmam *a posição supina traz malefícios materno-fetais em razão de ocasionar pressão na veia cava e na aorta, causar hipotensão materna e possível sofrimento fetal. Neste caso, as contrações tornam-se ineficientes, pois, na posição supina, o feto posiciona-se em paralelo com a espinha dorsal materna. Quando a parturiente assume a posição vertical, permite que a força da gravidade faça o útero pender para a frente, ficando sob o suporte da parede abdominal, facilitando o alinhamento do eixo axial fetal com o materno, com isso, o ângulo da passagem pélvica amplia-se* (2011, p. 659). Também Cots et al (2011), afirmam que quando compararam o uso da bola de nascimento com o permanecer na cama, a maioria das mulheres (96.7%) descobriram que a bola era muito confortável, a sua dor melhorou em 79.6%, assim como a sensação de mobilidade (97%). A experiência de sentir-se acompanhada pelo seu parceiro melhorou em 73,5%. 94,9% das mulheres relataram que a bola ajudou a gerir melhor a sua dor durante as contrações. Assim concluem que os resultados indicam os claros benefícios de usar a bola de nascimento durante o TP, mas referem que estudos mais analíticos são necessários para confirmar sua eficácia. Isto irá permitir que as mulheres tomem decisões informadas sobre os seus cuidados.

A Bola de Nascimento, é também conhecida como bola suíça, bola *bobath*, *gym ball*, *birth ball*, *fit ball*, *ballness*, *prana ball*, *pezzi ball*, *stability balls*, *exercise balls*, *physio-balls*, entre outras denominações. É um recurso que estimula a posição vertical da parturiente, que permite liberdade na adoção de diferentes posições, que possibilita o balanço da pélvis e, devido à sua

característica de objeto lúdico traz benefícios psicológicos, além de ter baixo custo financeiro (Silva et al, 2011).

É cada vez mais frequente encontrar bolas de nascimento nas salas de parto, que podem ser utilizadas pelas mulheres durante a dilatação se o desejarem, e é um meio facilitador do encaixe e descida da apresentação fetal pelo canal de parto, pelo que é importante que o EEESMO utilize e promova este recurso.

A bola é um dos melhores meios de mobilizar a bacia. O material é instável, pelo que a pélvis que está em cima também o é. Propõe-se utilizá-la durante o primeiro estágio do TP e durante todo o tempo que a mulher o deseje, uma vez que geralmente obtém-se muito bons resultados. Existe uma semelhança entre a bola que se move em todas as direções e as articulações da bacia, que também são multidimensionais. Independente de a mulher desejar ou não analgesia epidural, o sentar-se em cima da bola ajuda durante o trabalho de parto. É um meio que ajuda a mobilizar e orientar a cabeça fetal ao mesmo tempo que o efeito da força da gravidade e a verticalidade tornam as contrações uterinas muito eficazes (Calais-Germain, 2009). A utilização da bola de nascimento permite à mulher assumir diferentes posições, antes e após a administração de analgesia epidural.

Este tipo de bola por não ser rígido não exerce pressão sobre os ossos da pélvis. Uma vez que o equilíbrio muda constantemente, altera a forma da pélvis, ou seja leva a que os ossos pélvicos se movam de forma aleatória sobre o suporte. Estas mudanças de direção e mobilização desenvolvem-se em conjunto com os movimentos que contribuem para mobilizar e orientar a cabeça fetal e com a mudança dinâmica dos ossos da bacia.

Assim, e tal como Salmi (2009) descreve, a bola durante o 1º estágio do TP:

- Favorece a adoção de posições verticais;
- Torna as contrações uterinas mais eficazes;
- Diminui a percepção da intensidade das contrações uterinas, logo minimiza a intensidade e percepção da dor;
- Permite liberdade de movimentos ao ritmo das contrações uterinas;

Então a bola constitui um método efetivo no controlo da dor, e auxiliada por um acompanhante, a parturiente realiza uma série de movimentos que encurtam o

tempo do TP, o que promove a sensação de pertença por parte do casal em todo o processo do TP.

BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DA BOLA DE NASCIMENTO DURANTE O 1º ESTÁGIO DO TP

O uso da bola de nascimento durante o TP, permite à mulher encontrar posições que permitem maior conforto e que favorecem o progresso do TP (Watkins 2001).

O estudo realizado por Gau et al (2011), demonstra que os exercícios com a bola de nascimento conduzem a melhorias significativas na eficácia do TP, principalmente no que à dor durante o 1º estágio do TP diz respeito.

Para o sucesso do uso da bola, assim como de outras técnicas, é importante a realização de um acompanhamento pré-natal que forneça as informações para o TP, pois no momento do internamento as orientações dos profissionais de saúde serão recebidas como reforço e não como nova informação, reduzindo, desta forma os fatores causadores de stresse na mulher (não é algo de novo mas sim algo já esperado) (Sescato, 2008). Tal como o estudo apresentado por Gau et al (2011), este refere que os resultados sugerem que a confiança é maior quando existe uma boa preparação pré-natal, uma vez que permite conhecer a mulher, e que esta está relacionada com a diminuição da perceção da dor e o decréscimo do uso de fármacos/analgesia durante o TP.

No entanto existem mais fatores que contribuem para o sucesso na sua utilização, nomeadamente os que dizem respeito à segurança. Assim a presença de um acompanhante para suporte e segurança da parturiente ou de um apoio firme à sua frente, como a cama, por exemplo, são fundamentais, assim como a participação do EEESMO na ajuda à parturiente, a fim de estar com a mulher/casal e possibilitar a sua participação no processo de cuidar.

SATISFAÇÃO DA MULHER/CASAL

Também no estudo realizado por Baker (2010) as mulheres valorizaram o poder movimentar-se livremente durante o TP, quando se mobilizam e mantêm posições na vertical ao longo do 1º estágio do TP, a sua satisfação perante o evento do nascimento aumenta, assim como a probabilidade de ter um parto

normal, o que trás muitos benefícios, como por exemplo taxas de recuperação puerperal mais rápidas, com consequente aumento da auto-estima materna, melhoria do apego da díade/tríade e adaptação facilitada do RN à vida extra-uterina (Baker, 2010)

Assim, os cuidados que aumentam ao invés de diminuir a capacidade de uma mulher se mobilizar durante o TP aumentam a sua satisfação com o processo de cuidar.

FUNÇÕES DO EEESMO

O EEESMOG, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010, p. 2). Assim o EEESMO é o profissional, responsável e autónomo, que trabalha em parceria com a mulher/casal/família/comunidade, no sentido de conseguir resultados benéficos durante a gravidez, nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. Isto é, promove o autocuidado através da capacitação durante o cuidar que presta à adolescente e à mulher antes, durante e após a gravidez efetuando a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumindo a responsabilidade pela condução do trabalho de parto, do pós-parto e dos cuidados ao recém-nascido nas situações de baixo risco.

Ainda segundo a proposta da OE, o novo conceito de enfermeiro especialista refere-se ao *enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas e especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (2007, p.9).*

Então é da competência do EEESMOG, o cuidar a mulher como um todo e como ser único, ao longo do seu ciclo vital e ser seu parceiro de cuidados, tendo em vista a promoção da sua autonomia.

Assim, e segundo a OE (2010, p. 3), o EEESMOG tem como competências específicas, que determinam o que se pretende que os enfermeiros sejam capazes de atingir no final do seu processo formativo e ao longo da sua vida profissional:

- *Cuidar a mulher inserida da família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;*
- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;*
- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP;*
- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;*
- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;*
- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;*
- *Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.*

2- PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O conhecimento tem várias origens. Segundo Strendert-Speziale e Carpenter citado por McEwen e Wills, *é importante entender a maneira como o conhecimento de enfermagem se desenvolve, proporcionando um contexto apropriado para julgar a propriedade desse conhecimento e os métodos que os enfermeiros usam para desenvolver tal conhecimento (...) Uma vez que o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem reflecte a interface entre a ciência e a pesquisa em enfermagem.*

A finalidade definitiva do desenvolvimento do conhecimento é melhorar a prática de enfermagem (2009, p.36 e 37). Segundo Craig e Smyth A prática baseada na evidência (...) significa, não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos (2004, p. 4), no entanto existem, segundo estes autores, vários obstáculos no percurso para esta finalidade: precisamos de bases em evidência para saber o que é “certo” fazer (...) se actuarmos de forma certa, a prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas (Craig e Smyth, 2004, p.4).

De uma outra forma podemos afirmar que se *impõe ao enfermeiro uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo (...). O “pano de fundo” é a busca da excelência – todavia, não se trata de uma procura ocasional, que possa estar dependente do contexto. É expresso que se refere a “todo o acto profissional”, sem excepções, podendo aliar-se a procura contínua ao desenvolvimento de saberes e competências (Nunes, 2005, p. 134).*

Na intervenção relacionada com a saúde e cuidados de saúde, não se tem realmente uma evidência sólida suficiente para saber o que é “certo” fazer. A prioridade é produzir evidência necessária, mas isso leva tempo a ser feito apropriadamente. Então o que deve ser feito, entretanto? Quando não há uma base sólida de evidência, o carácter da prática baseada na evidência deve, pelo menos, levar-nos a parar para reflectir sobre o impacto do que estamos a fazer em nome da saúde e o porquê (Craig e Smyth, 2004, p. 7).

Para a OE *considera-se uma prática de **Enfermagem baseada na evidência** como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis. Esta é a forma de evoluirmos para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência* (2006, p. 1).

Uma vez a evidência ser fundamental para o desempenho de cuidados de qualidade, optei por efetuar uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), para fundamentar o meu cuidar, indo desta forma ao encontro do descrito por Swanson, quando assume que as práticas terapêuticas dos enfermeiros se baseiam em conhecimentos de enfermagem e que o que distingue a Enfermagem de outras práticas que envolvem o cuidar é precisamente a interligação entre a ciência-informação e a meta prática (1993).

2.1 - Revisão Sistemática da Literatura (RSL)

Após a conclusão do projeto de estágio, a primeira atividade que realizei foi a RSL. Optei por designar Revisão Sistemática da Literatura e não Sistemática, uma vez que segui os passos da revisão sistemática da literatura, mas não tive a pretensão de esgotar todas as fontes de dados ao dispor, recorrendo aos documentos a que tive acesso. Esta permite avaliar a eficácia do tratamento ou da intervenção em causa, respondendo às necessidades e questões levantadas. Em relação à profissão de enfermagem, esta metodologia permite *identificar os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática (...) e identificar áreas que necessitam de futuras pesquisas*, pelo que é *um recurso valioso de informação para a tomada de decisões* (Galvão et al, 2004, p.551). Esta metodologia tem o objetivo de agrupar, avaliar criticamente e levar a uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários. Segundo Galvão et al, *é um recurso importante da prática baseada em evidências* (2004, p. 550), e é diferente de uma revisão tradicional (narrativa), uma vez que é um método rigoroso de procura e seleção de pesquisas, de avaliação da sua validade e interpretação dos dados daí gerados. Este método rege-se por uma

estratégia específica de intervenção e para tal, inclui uma lógica de uma série de fases para a sua realização.

Em primeiro lugar elaborei a questão de pesquisa. Esta deverá ser uma interrogação clara, bem formulada, e deve conter a descrição do problema em estudo, população, contexto, intervenções e resultados. Nesta primeira etapa, também são definidas, as palavras-chave e o objeto de estudo. Conjuntamente são definidos os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos, a seleção das estratégias para a pesquisa, avaliação crítica da síntese dos estudos e que recursos poderão ter que vir a ser mobilizados (Galvão et al, 2004). A segunda fase corresponde à pesquisa dos estudos na literatura. Inclui procurar artigos que se considerem relevantes ou que tenham impacto para a conclusão da revisão sistemática. Na terceira etapa é feita a pesquisa, revisão e seleção dos estudos, com base nos critérios anteriormente definidos. Dos estudos selecionados deve mencionar-se a questão de investigação ou problema em estudo, local onde foi realizado e ano, metodologia da intervenção realizada e resultados (Galvão et al, 2004). Na quarta fase decorre a análise desses estudos. Nesta fase é feita a comparação entre eles, evidenciando o que existe de comum e diferente. A análise pode ser feita de duas formas: pode fazer-se uma análise quantitativa ou qualitativa (Galvão et al, 2004). Devido às características do estudo, fez mais sentido realizar uma análise qualitativa dos estudos selecionados.

Então para realizar a referida pesquisa, a questão colocada, em formato PICO, foi “**Qual o contributo do uso da bola de nascimento no controlo/alívio da dor da parturiente durante o 1º estágio do TP?**”, em que o P consiste na parturiente durante o 1º estágio do TP, o I é o uso da bola de nascimento e o O é o controlo/alívio não farmacológico da dor, durante o TP.

Para realizar a revisão consultei o motor de busca EBSCO, com acesso a duas bases de dados: CINAHL (*Plus with Full Text*) e MEDLINE (*Plus with Full Text*), com seleção de artigos em texto integral ou resumo mas que fosse possível obter o artigo completo, em português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2001 e 2011. Inicialmente tinha selecionado mais descritores, mas a sua utilização conduziu ou a um “beco sem saída” ou a artigos sem relação com a problemática em estudo. Assim selecionei os seguintes descritores *bola*

de nascimento (birth ball) e dor no TP (labor pain). Após a utilização destes, apenas tive acesso a um artigo, que não permitia acesso a mais do que o seu resumo. Então optei por utilizar apenas o descritor birth ball, do qual resultaram 14 artigos. Desses 14 artigos selecionei os que se referiam à bola de nascimento e à sua relação com a dor durante o TP, no seu resumo. Fiquei com um total de três artigos, em que dois são estudos randomizados e um é uma narrativa de uma perita na utilização da bola de nascimento (ver ANEXO VII).

Os resultados que obtive da minha análise conseguiram dar resposta à minha questão PICO e são consentâneos com os resultados que integraram o projeto inicial.

2.2 – Resultados da Revisão Sistemática da Literatura

No estudo realizado por Gau et al (2011), estes constatarem que o exercício com a bola de nascimento diminui a dor do TP e aumenta a sua auto-eficácia. Este estudo experimental, o primeiro deste tipo, fornece um contributo para a escassa literatura científica sobre como um programa de exercícios com a bola de nascimento contribui para a melhoria/alívio da dor durante o TP e a sua auto-eficácia.

Este estudo demonstrou que um aumento da melhoria/alívio da dor e da auto-eficácia do 1º estágio do TP em 30-40% quando se relacionam os exercícios com a bola de nascimento e a dor durante o 1º estágio do TP.

Assim os autores deste estudo experimental sugerem que a implementação clínica do programa de exercícios com a bola de nascimento pode ser uma ferramenta eficaz coadjuvante para melhorar a auto-eficácia do TP e reduzir ainda mais dor durante o 1º estágio, entre as parturientes

Também Delgado-Garcia et al (2011) referem, que é sabido que a utilização de estratégias ativas aumenta a sensação de controlo e está relacionada com a diminuição da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do processo de parto. Os resultados do estudo, demonstram que a utilização da

bola de nascimento reduz significativamente a percepção da dor, bem como a sua memória no pós-parto imediato, em comparação com o grupo de controlo.

Assim, estes resultados sugerem que a bola de nascimento pode ser utilizada como uma medida alternativa, não farmacológica, no controlo da dor do TP.

Os autores deste estudo, com a sua pesquisa, demonstram que a frequência de cursos de preparação para o parto/maternidade/parentalidade, parece não ter relação com a intensidade da dor e a duração do TP ou com a integridade perineal e também não tem nenhuma relação no que diz respeito à satisfação com a experiência. Embora possa ser assumido que o frequentar estes cursos proporciona uma maior capacidade de gerir a dor e o TP através de mais estratégias e maior sensação de controlo. Aparentemente, estas capacidades dependem muito mais das condições de atendimento, práticas e infraestruturas hospitalares do que das sessões de educação para a saúde realizadas nesses cursos.

Para os investigadores a redução da dor tem um registo clinicamente significativo, tendo em conta a natureza do mesmo, apesar de ser interessante a realização de estudos futuros para avaliar as implicações clínicas resultantes desta diminuição, em mais detalhe.

No artigo em que narra a sua experiência enquanto perita na área da utilização da bola de nascimento, Watkins (2001), refere que o uso da bola de nascimento durante o 1º estágio do TP permite à mulher adotar posições mais confortáveis e que podem favorecer o percurso do TP, entre elas:

- O sentar-se num agachamento apoiado, que contribui para ampliar o escavado pélvico inferior ao máximo;
- Manter-se numa posição vertical, aproveitando a gravidade, pode acelerar a descida da apresentação;
- Pode promover o posicionamento ideal, através da mobilidade pélvica e incentivo do movimento rítmico o que pode, possivelmente, reduzir a dor das contrações;
- A parturiente, ao inclinar-se sobre a bola de nascimento, enquanto ajoelhada, obtém todos os benefícios da posição de “gatas” sem colocar tensão indevida sobre os pulsos, mãos, braços e ombros -

definitivamente uma mais-valia, principalmente se a cliente tiver síndrome do túnel do carpo;

- Estimula o relaxamento pélvico, uma vez que fornece suporte para o períneo, sem muita pressão;
- Pode contribuir para a rotação de um feto em posição occipito-posterior para a posição occipito-anterior (direta);
- Pode ajudar a aliviar as algias lombares.

Ao confrontar os resultados que obtive da RSL e os da pesquisa inicial durante a realização do projeto, que integram o enquadramento teórico, pude constatar que estes iam ao encontro do que as parturientes que utilizaram a bola, e que foram alvo dos meus cuidados, me tinham transmitido acerca do efeito experienciado com o uso da bola de nascimento durante o 1º estágio do TP. Das 99 parturientes a quem prestei cuidados apenas 13 utilizaram a bola, o que obviamente constitui uma amostra de pequena dimensão para retirar conclusões, no entanto quando suportadas pela evidência que integra este relatório, a bola, segundo as mulheres, contribui, de uma maneira geral, para a diminuição da perceção da dor e aumento do conforto durante o 1º estágio do TP (ver ANEXO V). Através do conhecimento que obtive do enquadramento teórico e da RSL pude esclarecer/capacitar as parturientes/casais para o uso da bola de nascimento e assim constatar o referido anteriormente.

Pretende-se com o recurso a este instrumento compreender o contributo do uso da bola de nascimento no controlo/alívio da dor da parturiente durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados no 1º estágio do TP e se contribui para tornar a experiência do TP gratificante para a mulher. Neste tipo de abordagem o investigador, não se coloca como um perito uma vez que este entende que a mulher que participa no estudo tem a experiência de determinado fenómeno, o TP, tem, por isso, um saber pertinente. Deste modo, é possível obter a perceção da parturiente face ao fenómeno em estudo, sem ter de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar a experiência vivenciada, privilegiando a compreensão das experiências a partir da perspectiva das mulheres que a vivem (Bogdan E Biklen, 1994), assim e indo ao encontro da afirmação de Polit e Hungler (1991), a investigação qualitativa

refere-se a um conjunto de perguntas sistemáticas relacionadas com a compreensão do ser humano e da natureza das suas relações consigo próprio e com o que o rodeia.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa possui cinco características primordiais:

- A fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal, ou seja, os dados serão recolhidos em situação de prestação de cuidados de enfermagem no local do EC;
- A investigação qualitativa é descritiva, uma vez que os dados serão recolhidos em forma de palavras e não de números. Este tipo de abordagem requer uma visão pormenorizada do mundo que rodeia a experiência vivida ou a viver, atendendo a que para o investigador “nada é trivial” (Bogdan e Biklen, 1994);
- Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos, sendo por isso fundamental a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à parturiente;
- Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva, ou seja, não recolhem dados com a intenção de confirmar ou verificar hipóteses mas sim com o intuito de os agrupar e utilizar parte desse estudo para perceber quais as questões importantes. Desenvolvem conceitos e chegam à compreensão do fenómeno a partir de padrões provenientes da recolha de dados (Carmo e Ferreira, 1998);
- O significado, ou seja, o foco do investigador centra-se no modo como as pessoas dão sentido às suas vidas, isto é, compreender a experiência do ponto de vista da própria mulher e aos cuidados de enfermagem que são promotores da vivência saudável dessa experiência do TP.

Então, a investigação qualitativa estuda os fenómenos nos seus contextos naturais, procurando compreender e interpretar os mesmos de acordo com os significados que as pessoas lhe atribuem. Neste estudo pretende-se compreender e interpretar o contributo do uso da bola de nascimento. Os investigadores tentam *misturar-se com os participantes até compreenderem determinada situação, mas procuram minimizar ou controlar os efeitos que provocam nos participantes* (Carmo e Ferreira, 1998, p.180).

Mobilização da RSL na prática do cuidar

A recolha de dados foi realizada durante a prestação de cuidados de enfermagem, à mulher no 1º estágio do TP, através de uma observação participante, que segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 97) permite *seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão* e ao realizá-la pudemos descrever e identificar os comportamentos decorrentes de um determinado momento, requerendo a imersão total do investigador na situação em estudo (Fortin, 1999). Este tipo de observação permite participar na vida da população observada, enquanto prestador de Cuidados de Enfermagem, como refere Spradley (1980, p. 39) *permite ao investigador entrar no mundo dos sujeitos, envolver-se com eles, observar e participar em actividades*.

Métodos de recolha de dados:

Tendo em conta o carácter do relatório e o facto de não ter autorização/protocolo com a instituição para uma colheita de dados mais sistematizada, e após ponderação penso que a forma mais adequada de recolher a informação necessária para o conhecimento do fenómeno em estudo foi através da observação participante durante a minha prestação de cuidados.

Durante a observação participante o investigador combina o seu papel de pesquisa com outros sociais, de forma a obter uma boa posição para a observação, pelo que combinei o papel de investigador com o de prestador de cuidados (Carmo e Ferreira, 1998).

Assim decorrente do processo de cuidados à parturiente procedi ao registo dos mesmos, onde descrevi o que partilhei com a cliente em TP (instrução/ensino, estratégias utilizadas a longo do processo de cuidar, o estar com a cliente e o manter a crença) acerca do uso da bola de nascimento, dando enfoque ao transmitido acerca da dor.

De forma a melhor compreender a problemática em estudo, também recorri, como instrumento de recolha de dados, à análise documental, isto é, a análise

dos documentos de registo de enfermagem, como os registos de enfermagem, o partograma e a transmissão oral de ocorrências.

Simultaneamente esta pesquisa e a interpretação dos resultados, durante os vários EC objetivei desenvolver as competências específicas preconizadas pela OE para os EEESMOG:

- a) Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - c) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante TP;
 - d) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - e) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
 - f) Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.
- (OE, 2010, p. 4)

Para atingir este objetivo realizei atividades que me guiaram neste percurso. A articulação com o projeto de estágio permitiu-me desenvolver mais profundamente três das sete competências enunciadas, uma vez que o âmbito a que diz respeito não engloba, de forma direta, as competências enumeradas nos pontos a), e), f) e g), (Esta temática das competências irá ser debatida, com maior profundidade, no próximo ponto deste trabalho). Relativamente às duas primeiras e quarta áreas do cuidar, tive a oportunidade de as desenvolver durante os EC que decorreram em contexto de comunidade e na unidade de internamento de puerpério, mas para este estudo debruzei-me mais sobre as mulheres grávidas. No que diz respeito às competências e) e f) desenvolvi-as no meu EC I que decorreu no serviço de ginecologia de um hospital da área da grande Lisboa e alicercei-as durante o meu EC na comunidade. A competência g) é transversal a todos os EC e está implícita em todos os processos de cuidados de enfermagem levados a cabo pelo EEESMOG, quando se encontra perante mulheres em idade fértil.

Relativamente à competência descrita no ponto b), esta foi desenvolvida primordialmente nos EC que decorreram na unidade de internamento de medicina materno-fetal e na comunidade. No primeiro, devido ao cariz patológico da maioria dos internamentos investi particularmente na educação para a saúde sobre o TP, as vantagens das posições verticais, com enfoque no uso da bola de nascimento, uma vez que, e devido ao repouso absoluto em que a maioria das clientes se encontrava, era o que comportava a sua condição mas que fornecia conhecimentos que permitiram capacitá-las de forma a conseguirem assumir o papel central neste palco da sua vida.

Para desenvolver a competência descrita na alínea c) – cuidar durante o TP, dei primordial enfoque ao, **possibilitar** o uso da bola de nascimento, sempre que a mulher o desejou, mesmo quando não tinha sido devidamente instruída no seu uso durante a gravidez, o que implicou **conhecer** a cliente/casal, o seu envolvimento no processo de cuidados e suas expectativas, desde que esta utilização não constituísse risco para a mulher/feto, e sempre após partilha e validação dos cuidados com a EEESMO que me orientou no local. O **estar com** durante essa utilização mostrando disponibilidade para estar com a mulher, acompanhando-a enquanto utilizava a bola de nascimento. Ao **possibilitar** o uso da bola de nascimento o EEESMO está a dar tempo e espaço para a mulher poder agir de acordo com aquilo que considera ser mais adequado e implica disponibilidade para auxiliar a mulher durante o TP, isto é, o EEESMO ao providenciar escolha à mulher está a atribuir-lhe o papel principal no processo do cuidar, considerando-a protagonista no processo de nascimento do seu filho. Sempre que foi possível promovi, junto das parturientes, o uso de posições verticais (preferencialmente com a bola) como medida de conforto e bem-estar, assim como de prevenção e controlo da dor, para a cliente. Sempre que o casal não estivesse suficientemente “à vontade” com o uso da bola, substitui o acompanhante nos cuidados prestados à mulher enquanto esta utilizava a bola, apenas até que este se sentisse seguro e capaz de assumir esse papel, ou seja é o **fazer por** a que Swanson se refere, e que consiste na “substituição” da pessoa, fazendo pela família o que esta faria para e por si própria se tal fosse possível. Esta “substituição provisória” envolve ações por parte dos enfermeiros que são realizadas em prol do bem-estar da

pessoa, e são realizadas apenas enquanto a pessoa não estiver autónoma nesse cuidado.

Acima de tudo, e transversalmente a todos os EC, é necessário ter sempre presente que a grávida/casal são detentores das capacidades e potencialidades, dos saberes e vontades de se manterem saudáveis e autónomos. Este cuidado é, segundo Swanson o **manter a crença**, e é essencial para que a experiência do TP seja vivida de forma harmoniosa e saudável. Esta manutenção é ainda o ajudar as pessoas a acreditarem nas suas próprias competências, é manter a fé e a esperança nas suas aptidões, isto é, o EEESMO deve procurar elogiar e demonstrar que o saber dos seus clientes é válido e de extrema importância, de modo a que estes se sintam mais capacitados, confiantes e parceiros no processo de cuidar.

3 – ANÁLISE/DISCUSSÃO DO PERCURSO E OBJECTIVOS DO EC

Para que seja possível uma atuação unificada, com linhas orientadoras comuns, para todos os EEESMO, a OE elaborou o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Maio, 2010) e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (Outubro, 2010), cujo objetivo central consiste na promoção e manutenção da saúde da mulher e família inserida numa comunidade, em todas as fases do ciclo vital, desde a idade fértil culminando com o climatério.

Assim, e para conseguir ir ao encontro do que está definido como competências do EEESMOG e atingir os objetivos delineados para esta unidade curricular (UC), foi necessário traçar objetivos pessoais. Então, e tendo por base o regulamento das competências da OE e da International Confederation of Midwives (ICM), propus-me:

♀ *Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem específicos e de qualidade à mulher/casal/família durante o período pré-natal, de forma a promover/potenciar o bem-estar materno-fetal.*

Para alcançar este objetivo, implementei diversas atividades, em que tentei **conhecer** a cliente e dei lugar ao **estar com** a mulher/casal e pretendi capacitá-los para serem autónomos na sua tomada de decisão acerca do seu processo de cuidar - **possibilitar**.

A OE preconiza na 2ª competência, cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, que o EEESMOG *promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (H2.1); diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento (H2.2); providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento (H2.3)*, (OE 2010, p. 4-5). Assim procurei conceber, planejar, implementar e avaliar cuidados de enfermagem diferenciados a grávidas/casais/família com a gravidez em risco e em processo de

abortamento, estabelecendo uma relação terapêutica, privilegiando a individualização da prestação de cuidados. Para isso:

- Pesquisei em livros, manuais e conteúdo de aulas acerca vigilância/monitorização da gravidez, TP e processo de abortamento, para estar apta a identificar fatores de risco e possíveis complicações, e atuar adequadamente;
- Informe e orientei sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez, de acordo com os padrões identificados e as necessidades manifestadas pela cliente/casal/família, assim como, e sempre que pertinente para a cliente, abordei a temática do TP e da dor durante o seu 1º estágio, dando a conhecer e indo ao encontro do objetivo do estudo, durante as consultas e momentos de prestação de cuidados;
- Promovi o plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na sua tomada de decisão, o que permitiu articular com o meu objeto de estudo;
- Informe e orientei a grávida/casal/família sobre os sinais e sintomas de alerta;
- Avaliei o bem-estar materno-fetal;
- Prestei cuidados diferenciados com o objetivo de potenciar a saúde da cliente durante o processo de aborto e após este;
- Identifiquei e monitorizei o trabalho de abortamento;
- Prestei cuidados diferenciados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez;
- Cooperei com a equipa multidisciplinar no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante;
- Prestei cuidados diferenciados por forma a apoiar a mulher/casal/família, durante o período de luto em caso de aborto;

Considero que consegui compreender o que Swanson defende relativamente ao processo do cuidar, uma vez que penso ter sido capaz de cuidar da mulher/casal/família, aumentando o seu bem-estar e capacitando-a para que esta seja capaz de cuidar de si própria de forma independente, durante os momentos que estive com ela, e ia adaptando o meu cuidar e educação para a

saúde às suas necessidades. Para isso empreguei tempo com ela para a **conhecer**, **estive com** ela sempre mantendo uma postura empática e **possibilitando** que ela gradualmente fosse ficando mais autónoma, acreditando sempre nas suas capacidades – **manter a crença**.

♀ *Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem específicos e de qualidade à mulher/casal/família durante o TP, de forma a promover/potenciar a saúde materna e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.*

Mais uma vez, implementei diversas atividades para atingir o objetivo a que me propus. Durante os cuidados que prestei às 99 parturientes durante o meu estágio, procurei continuar a privilegiar o **conhecer** e **estar com** a cliente/casal, assim como o capacitá-los para serem autónomos na sua tomada de decisão acerca do seu processo de cuidar. Para nortear o meu cuidar mantive presente o que a OE preconiza na 3ª e 4ª competências, *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal* (2010, p. 5 e 6) e em que o EEESMOG, tem competência para prestar cuidados à parturiente/casal/família inserida na comunidade durante os 4 estádios do TP, promovendo um ambiente seguro, para potencializar a saúde da díade/tríade, a adaptação do RN à vida extra-uterina, e durante o puerpério imediato, potenciando a saúde da díade e dando apoio durante o processo de transição e adaptação à parentalidade. Isto é, *promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina* (H3.1); *diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido* (H3.2); *providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou o trabalho de parto* (H3.3); *promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal* (H4.1); *diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal* (H4.2); *providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal* (H4.3) (OE 2010, p. 5 a 7). Para tal procurei conceber, planejar, implementar e avaliar cuidados de enfermagem

diferenciados a parturientes/casais/família em TP e díades/tríades/família, de forma individualizada e holista, privilegiando o cuidar dirigido às necessidades por eles manifestadas e a capacitação dos mesmos para que se sentissem mais seguros e com poder na tomada de decisão. Para isso, implementei diversas atividades:

- Pesquisei em livros, manuais e conteúdo de aulas acerca vigilância/monitorização da gravidez e do TP, para que estivesse sempre ciente dos fatores de risco e possíveis complicações;
- Monitorizei o TP de grávidas saudáveis e de grávidas com patologia associada e/ou concomitante;
- Prestei cuidados de enfermagem diferenciados a grávidas/casais/família, com e sem patologia associada, durante o TP, estabelecendo uma relação terapêutica, privilegiando a individualização da prestação de cuidados e promovendo a vinculação da tríade e a adaptação à parentalidade, a adaptação do RN ao meio extra-uterino em segurança e com qualidade, e a promoção do aleitamento materno, recorrendo a:
 - Informação e orientação da mulher, capacitando-a sobre o normal crescimento/desenvolvimento, sinais e sintomas de alerta no RN;
 - Prestação de cuidados diferenciados tendo em vista a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (divulgação, identificação de conhecimento e necessidades, contacto pele-a-pele e recursos da comunidade a que pode recorrer em caso de necessidade);
 - Fomentar o uso da bola de nascimento durante o 1º estágio do TP para promover o alívio da dor durante este estágio, com ensino/instrução ou treino acerca da utilização da bola, dependendo se a cliente já sabia ou não utilizar a bola, e tendo sempre por base os resultados obtidos na RSL;
 - Prestação de cuidados diferenciados por forma a dar apoio e promover a adaptação ao pós-parto, potenciando a saúde da puérpera no pós-parto imediato;
 - Informação e orientação da puérpera no auto-cuidado, potenciando a sua recuperação após o parto, por exemplo

relativamente aos cuidados de higiene perineais e recuperação no caso de haver presença de episiorrafia, e no cuidar do seu RN, principalmente acerca da termorregulação e “pega” eficaz;

- Monitorização do estado de saúde da puérpera e do RN, identificando complicações no pós-parto e alterações do RN na adaptação à vida extra-uterina, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação, como por exemplo no caso de RN com Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) ou Taquipneia Transitória do RN (TTRN);
- Prestação de cuidados diferenciados à puérpera com complicações no pós-parto e/ou com patologia associada e/ou concomitante, como no caso das clientes com HTA induzida pela gravidez ou Diabetes gestacional, ou ainda a cliente com hemorragia pós-parto;
- Cooperação com a equipa multidisciplinar no tratamento da mulher com complicações pós-parto e/ou patologia associada e/ou concomitante;
- Cooperação com a equipa multidisciplinar no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal (com SDR por exemplo);

Considero que consegui **cuidar** da cliente/casal/RN/família, aumentando o seu bem-estar e capacitando-a para que esta seja capaz de cuidar de si própria de forma independente. Para isso foi necessário **estar com** a mulher/casal e utilizar o tempo para investir na relação e na capacitação de modo a tornar-se num indivíduo autónomo e com poder decisivo no seu processo de cuidados, tal como Swanson defende. Ao estar com a cliente/casal/RN durante o 4º estágio do TP e durante a sua estadia na unidade de internamento de puérperas, pude avaliar o resultado dos meus cuidados, principalmente no que diz respeito ao uso da bola de nascimento e sua eficácia relativamente à dor durante o 1º estágio do TP.

♀ *Adquirir e desenvolver competências na identificação do contributo da utilização da bola de nascimento, como técnica não farmacológica de alívio da dor durante o 1º estágio do TP.*

Ao identificar com as mulheres (ANEXO IV), qual o contributo do uso da bola de nascimento, como técnica não farmacológica de alívio da dor durante o 1º estágio do TP, foi-me possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área abrangente do planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, pois pude adaptar à medida das necessidades sentidas pela parturiente, a minha prestação tentando assim, ir permanentemente ao encontro das suas expectativas.

Para atingir este objetivo procurei colher dados junto da Grávida/Puérpera durante o processo de cuidar, no bloco de partos, sobre o contributo da utilização da bola de nascimento no controlo da dor durante o 1º estágio do TP; assim como fui adequando os cuidados prestados às necessidades identificadas e às expectativas e resultados que ia obtendo junto da mulher/casal, quanto ao controlo/alívio da dor durante o 1º estágio do TP e à evolução do mesmo e que me permitem proceder à elaboração deste relatório final do EC - estágio com relatório;

Ao implementar a 1ª atividade pude adaptar a minha prestação de cuidados enquanto colhia informação, indo desta forma ao encontro das necessidades e expectativas das clientes. Durante a colheita de informação tive a possibilidade de despendar mais tempo com a parturiente/casal, contribuindo desta forma para que o processo do **cuidar** fosse possível ao abranger os cinco processos que Swanson defende como constituintes do cuidar. Estes, como já referi anteriormente são o **conhecer**, **o estar com**, **o fazer por**, **o possibilitar** e o **manter a crença**. Todos eles se tornam evidentes e ao prestar cuidados com e às mulheres pude conhecê-las e estar com elas, fazer por elas quando demonstrei como utilizar a bola, fiz pelo acompanhante quando demonstrei e o envolvi no seu papel. Possibilitei que comesçassem a fazer sempre comigo a supervisionar e a elogiar, acreditando sempre que eles iriam conseguir

alcançar os seus objetivos para o nascimento do seu filho, sempre fundamentada nos resultados da evidência científica existente. Ao elaborar este relatório pude refletir acerca dos cuidados prestados e sua correta adaptação às diferentes situações vividas no contexto dos EC e Estágio.

Relativamente ao uso da bola de nascimento, e como referi anteriormente, apenas 13 parturientes do grupo a que prestei cuidados utilizaram a bola, e dessas apenas 3 utilizaram para além dos 5 cm de dilatação (altura em que as outras 10 já tinham realizado analgesia epidural, o que me leva a refletir e a questionar sobre a necessidade de um maior investimento no uso da bola de nascimento pelos EEESMO, e em conjunto com a restante equipa multidisciplinar (incluindo o anestesiológista) averiguar o porquê de as parturientes após a referida analgesia referirem, tantas vezes, alteração da força e sensibilidade nos membros inferiores, o que logicamente inibe os EEESMO de promoverem posições verticais na parturiente.

♀ *Adquirir competências na divulgação do contributo da utilização da bola como técnica não farmacológica de alívio da dor durante o 1º estágio do TP.*

Tal como no objetivo anterior, durante a divulgação da bola e suas vantagens e desvantagens, pude aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área abrangente do planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, uma vez que tive a oportunidade em tempo real de adaptar à medida das necessidades sentidas pela parturiente, o meu cuidar, indo assim continuamente ao encontro das suas expectativas, fundamentada pelos resultados da investigação.

Procurei, para atingir este objetivo:

- Aprofundar conhecimentos sobre a utilização da bola de nascimento;
- Divulgar/esclarecer sobre o contributo da utilização da bola de nascimento no controlo da dor durante o 1º estágio do TP à grávida/casal que internada no bloco de partos do hospital;
- Elaborar um diagnóstico de situação, junto da equipa de EEESMO, acerca da utilização da bola de nascimento no bloco de partos do hospital onde realizei o Estágio (ANEXO V);

- Divulgar/esclarecer sobre o contributo da utilização da bola de nascimento no controlo da dor durante o 1º estágio do TP à equipa de enfermagem do referido bloco de partos, de acordo com os dados obtidos no diagnóstico de situação (ANEXO V), durante uma sessão formativa aos pares (ANEXO VI);
- Promover/incentivar o uso da bola, junto dos EEESMO e parturientes, através da divulgação durante a prestação de cuidados às clientes e na formação que realizei aos pares;
- Elaboração do relatório final do EC - estágio com relatório;

Mais uma vez, durante a implementação das atividades, anteriormente citadas, pude adaptar a minha prestação de cuidados enquanto colhia informação, indo desta forma ao encontro das necessidades e expectativas das parturientes e tornando o meu cuidar mais personalizado e tendo sempre presente a necessidade de resolver os problemas/necessidades da cliente/casal alvo dos meus cuidados, mantendo sempre uma atitude empática, colocando-me na sua “pele”, como refere Henderson (e refletindo sobre a eficácia das minhas intervenções na prática de cuidar e nos resultados de alívio da dor da cliente. Durante a prestação de cuidados estive mais tempo com a parturiente/casal, contribuindo mais uma vez para que o processo do cuidar fosse possível ao abranger os cinco processos que Swanson defende como constituintes do cuidar e que referi no objetivo anterior. A mais-valia que a concretização deste objetivo trouxe ao meu cuidar, e creio que também ao cuidar prestado pelos EEESMO que exercem funções no bloco de partos do meu local de estágio, foi o capacitar-nos com mais uma medida de apoio à mulher/casal e controlo da dor, e que certamente permite tornar os cuidados prestados ainda mais flexíveis e ajustáveis às parturientes/casais a quem os prestamos.

4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Sempre que a intervenção é realizada com pessoas, as questões éticas têm que estar sempre presentes, para tal aquele que investiga tem que nortear a sua conduta por um conjunto de regras, sempre que o seu sujeito de estudo é o ser humano. *Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. (...) Ao estudarem fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízos* (Fortin, 2009, p.180).

Ao longo deste estágio, assim como em todos os outros EC, procurei que o meu cuidar fosse baseado em evidência científica, por forma a compreender se a minha prática de cuidar seria adequada e se ia ao encontro dos resultados obtidos na RSL efetuada.

A ética existe para servir a pessoa e avalia a ciência, a lei, a moral, a religião e todos os comportamentos humanos. É por isso que a ética em saúde é essencial. Efetuar um percurso de vários EC que integra em simultâneo a recolha de informação do cliente e que inclui a sua participação pode levantar questões éticas e morais. O facto de pretender refletir acerca dos comportamentos que dizem respeito à escolha de utilizar ou não a bola de nascimento durante o 1º estágio do TP (sabendo a cliente/casal de todos os seus benefícios), implica uma tomada de decisão informada, isto é, baseada no juízo, no conhecimento e experiência (OE, 2010), podendo tornar-se demasiado invasivo, pelo que devemos ter em conta o respeito pela intimidade da parturiente de modo a não levantar questões ou dúvidas sobre a sua conduta em determinada situação. Tendo presente as competências comuns do Enfermeiro especialista, procurei desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com a cliente, critério de avaliação implícito na unidade de competência A 1.1 – *Demonstra tomada de decisão ética* (OE, 2010, p.4) - Apresentei-me sempre como enfermeira a frequentar o 2º CMESMO, tendo sempre presente que os padrões ético-profissionais devem assentar num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar do outro. A

colheita de informação foi realizada, no contexto da prestação dos cuidados, não tendo efetuado registos escritos junto da cliente/casal; critério de avaliação implícito à unidade de competência A 2.1 – *Promove o respeito do cliente à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de enfermagem onde está inserido* (OE, 2010, p.5).

Em Portugal o Código Deontológico de Enfermagem foi criado com base em princípios éticos, aplicáveis aos cuidados de saúde e fundamentais para a prática de enfermagem. O ponto 1 do artigo 8º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) refere que *no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*. Apesar de este relatório não ser um trabalho de investigação, pretendi orientar o meu cuidar, durante o EC, nos resultados obtidos na RSL efetuada, seguindo os princípios éticos que enumero mais abaixo.

A colheita dos dados foi consentida pelas clientes e realizada após informação sobre os objetivos do trabalho, tendo salvaguardado os princípios éticos como a beneficência e não maleficência, justiça e equidade, autonomia, veracidade e fidelidade. Relativamente ao último princípio este encontra-se relacionado com a confidencialidade, direito que tentei preservar em todos os momentos, e que se encontra descrito na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, direito nº 9 e pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo nº 85 (Nunes et al, 2005)

Direito 9 - *O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificados que lhe respeitam e* ***Art.º 85*** - *(...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade de cuidados.*

No decorrer do meu percurso, pretendi manter uma consciencialização permanente da minha presença e procedimentos junto das clientes/casais, assim como da minha interação com eles de forma a respeitar ao máximo a sua individualidade e não influenciar as suas respostas ou comportamentos.

5 - LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Ao longo do caminho que percorri e que culmina com a elaboração deste relatório, deparei-me com algumas dificuldades e que condicionaram o desenvolvimento de todo o meu projeto formativo, assim como deste trabalho. A carga horária semanal escolar aliada à laboral em nada facilitaram a minha motivação ao chegar cansada a casa e fora de horas pra poder estar com os meus filhos. Mesmo agora após o término do estágio o tempo tende a não esticar como eu desejaria e o cansaço psíquico ao fim de 2 anos é bastante. No entanto com a dose certa de motivação e com o apoio de muitas pessoas aqui estou eu, prestes a terminar esta jornada de 2 anos, que começou com um sonho há muitos mais.

A maior limitação de todas para mim foi o material disponível nas bases de dados que me possibilitasse a elaboração deste trabalho. Desde o ano passado que é notório o aumento de documentos (artigos) no entanto existe ainda um longo caminho a percorrer na área da utilização da bola de nascimento e da sua relação com o controlo não farmacológico da dor durante o TP.

Outra limitação que encontrei foi a percentagem, relativamente baixa, tanto de divulgação da bola de nascimento durante a gravidez como a de utilização da bola de nascimento no bloco de partos do hospital onde realizei o meu EC. Para tentar contorná-la realizei um diagnóstico de situação (ANEXO V), o que me orientou para a realização de uma sessão formativa aos EEESMO do serviço (ANEXO VI), e assim tentar capacitá-los para a utilização/instrução da bola de nascimento, indo sempre ao encontro das suas expectativas. Percebi também que com esta formação, os EEESMO do serviço (que também é o meu) começaram a ver-me com outros olhos, começaram a pedir a minha colaboração para instruir/capacitar parturientes/casais para o uso da bola de nascimento, o que me deu grande satisfação e me motivou ainda mais para continuar a desenvolver esta temática, no entanto atualmente, não consigo ter a perceção de mudanças na sua atuação, uma vez que fui transferida de serviço, no entanto muitas das vezes que passo pelo bloco de partos as colegas solicitam a minha colaboração.

Assim considero que consegui concluir, com sucesso, esta etapa do meu desenvolvimento profissional e que marca o meu nascimento como EEESMO.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já referi diversas vezes neste documento, este constitui o culminar de uma etapa que decorre há já dois anos e que começou a ser programada há vários anos quando eu decidi que o que eu queria ser “quando fosse grande” era enfermeira que ajudava “os bebés a nascer”! Durante estes dois anos a minha demanda foi delinear o meu percurso profissional, através do desenvolvimento de competências que me possibilitem cuidar das mulheres/casais/famílias inseridos numa comunidade, capacitando-os para serem autónomos, ajudá-los a acreditarem nas suas próprias competências, para que as suas vivências sejam as mais harmoniosas e saudáveis, possível. O EEESMO tem que ter sempre presente que a grávida/casal são detentores das capacidades e potencialidades, dos saberes e vontades de se manterem saudáveis e autónomos e deve procurar sempre elogiar e demonstrar que o saber dos seus clientes é válido e de extrema importância, de modo a que estes se sintam mais capacitados, confiantes e parceiros no processo de cuidar.

Com este trabalho, pretendi reforçar a importância do EEESMO na capacitação/formação das grávidas/parturientes no processo de tomada de decisão relativamente ao seu TP e controlo da dor, e indiretamente pretendi também que os EEESMO percebam a importância da implementação de práticas que promovam o parto natural em que a mulher é o ser central da parceria do cuidado e não um sujeito quase passivo, bem como o meu desenvolvimento enquanto EEESMO.

Considero que, face à temática e aos objetivos que me propus, aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências específicas que me possibilitam a mobilização dos saberes adquiridos, de forma fundamentada, baseando a minha prática na evidência e mobilizando-a recorrendo a estratégias de capacitação da mulher/casal.

A investigação e a procura constante de evidência científica é fonte de saber que aumenta o potencial da profissão e melhora a forma como ela é vista pelos outros parceiros de cuidados, uma vez que contribui para o desenvolvimento e enriquecimento do conhecimento e fundamenta a prática de enfermagem,

conferindo-lhe mais qualidade e maior grau de competência, o que indiretamente leva ao reconhecimento da profissão. Para colaborar ativamente no crescimento da enfermagem enquanto ciência que presta cuidados baseados em evidência, gostaria de dar continuidade à RSL realizada e ao meu projeto, através da elaboração de um estudo de investigação realizado na unidade onde desempenho funções e que permitisse evidenciar o contributo do uso da bola de nascimento, relativamente ao controlo não farmacológico da dor no 1º estágio do TP.

A bola nascimento é mais do que uma ferramenta do EEESMO para ajudar as mulheres a manter o controlo do seu TP (Shallow, 2003). É também um veículo através do qual os EEESMO podem desafiar o atual modelo intervencionista/técnico de nascimento que vê intervenções como parto normal, como um acontecimento fortuito. Cabe aos EEESMO desempenhar um papel fundamental na mudança da cultura em torno do nascimento e melhorar a experiência das mulheres no nascimento, bem como manter a arte da obstetrícia e da humanidade do nascimento vivas.

Os EEESMO são percebidos como os especialistas em gravidez e TP normais, entre outras competências, em que a promoção da normalidade é um aspeto fundamental da assistência obstétrica sendo relevante que estes profissionais promovam as práticas que incentivam a normalidade. Devem assim, claramente, apoiar as mulheres para se mobilizar e manter posições verticais durante o TP. Tal, é uma prática que é fundamental para a promoção do parto normal, assim como o destacar dos efeitos adversos para as mulheres, de um 1º estágio do TP e um parto em posição de litotomia, relativamente à adoção de posições não-verticais. Isso vai capacitar as mulheres para a tomada de decisões informadas sobre os seus cuidados. A qualidade dos cuidados depende da mudança de atitude por parte dos profissionais e clientes, pelo que a valorização da vertente natural do acontecimento que é o nascimento, é uma forma de ir ao encontro das necessidades das parturientes e suas famílias, em vez de forma mecanicista, respeitando assim os nossos clientes. Só assim é possível manter-se práticas facilitadoras do TP.

Ao fazer o balanço dos conhecimentos que adquiri e das competências que desenvolvi nos vários EC, considero fundamental o aprofundar de

conhecimentos dos EEESMO na área do alívio não farmacológico da dor durante o TP, dando relevo ao uso da bola de nascimento durante o 1º estágio do TP, para que durante a sua prestação de cuidados à mulher durante a gravidez e TP tenham capacidade de a instruir e capacitar para uma escolha e decisão informadas, das estratégias que, em conjunto com o enfermeiro, pretende utilizar. Relativamente à unidade onde presto cuidados, considero pertinente que, em conjunto com o enfermeiro coordenador e enfermeiras chefes da consulta de obstetrícia, bloco de partos e unidade de internamento de medicina materno-fetal, seja dada continuidade ao trabalho que iniciei durante o meu estágio, permitindo a formação e atualização dos conhecimentos dos EEESMO relativamente a esta temática, fomentar a utilização de novas práticas sustentadas por uma evidência clara, tendo sempre atenção ao que a avaliação dos cuidados nos transmite.

Por tudo o que referi ao longo deste relatório, considero que desenvolvi competências técnico-científicas e relacionais inerentes e essenciais à prática de cuidados enquanto EEESMO. Demonstrei interesse, motivação e iniciativa, assim como autonomia e versatilidade durante a minha prestação de cuidados. Como disse anteriormente, espero que este relatório não seja só o culminar de uma etapa, mas sim também o início de uma nova e aliciante etapa profissional.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E., & Zerza, M. S. (Junho de 2009). *Escala Numérica de Dor*. Obtido de portal da enfermagem:
http://www.portaldaenfermagem.com.br/parametros_read.asp?id=16
- Baker, K. (Agosto de 2010). *Midwives should support women to mobilize during labour*. Obtido em 01 de Julho de 2011, de British Journal of Midwifery:
http://www.britishjournalofmidwifery.com/cgi-bin/go.pl/library/article.html?id=49319;article=BJM_18_8_492
- Baxter, J. (Dezembro de 2007). Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. *British Journal of Midwifery*, 765-767. Obtido de www.britishjournalofmidwifery.com.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R., & Bilken, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento - Las moviidades de la pelvis en el parto*. Espanha: La Liebre de Marzo.
- Carmo, H. F. (1998). *Metodologia de Investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte de vida 2ª ed*. Loures: Lusociência.

- Cots, P. M., Jiménez, B. M., Castán, E., Martinez, M. M., Oliva, S. A., & Moreno, Q. C. (Novembro de 2010). *Benefits of the Birth Ball in the Birthing Room (spanish)*. Obtido em 06 de Abril de 2012, de Enfermeria Clinica: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ebca5563-787e-4e37-a84f-3a48a7061677%40sessionmgr11&vid=1&hid=5&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010873100>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Delgado-Garcia, B. E., Orts-Cortés, M. I., Poveda-Bernabeu, A., & Caballero-Pérez, P. (Fevereiro de 2011). *Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto*. Obtido em 06 de Abril de 2012, de Enfermeria Clinica: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=811ab74b-188c-4558-8371-07b2e3a38c87%40sessionmgr13&vid=1&hid=5&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011476431>
- DGS. (14 de Junho de 2003). *Circular Normativa nº 9/DGCD*. Obtido em 27 de Julho de 2011, de Direcção Geral de Saúde:
- <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- DR. (s.d.). REGULAMENTO nº 127/2011.D.R. - 2ª série. Nº 35. (18-02-2011)8662.
- FAME. (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M.-F., Cotê, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galvão, C. M., Sawada, N., & Trevizan, M. A. (2004). *Rev. Latino-am Enfermagem*. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- Gau, M.-L., Chang, C.-y., Tian, S.-H., & Lin, K.-C. (02 de 2011). *Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan*. Obtido em 06 de Abril de 2012, de Ebscohost: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=243c59d8-0c75-4713-b480-2ca04ce8ddc3%40sessionmgr14&vid=1&hid=5&bdata=JnNpdGU9ZWlv c3QtbGl2ZQ%3d#db=rzh&AN=2011366187>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.
- Kitinger, S. (1996). *Um estudo antropológico da maternidade*. Editorial Presence.
- Lamaze, I. (2003). *Práticas de atenção e cuidados que promovem o parto normal*. Obtido em 15 de Junho de 2011, de Instituto Lamaze: <http://www.lamaze.org>
- Leitão, F. J. (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto - Mestrado em Bioética*. Obtido em 12 de Abril de 2012, de Faculdade de Medicina de Lisboa: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873_Tese.pdf

- Loff, A. (1999). *Guia prático para a elaboração de currículos e relatórios críticos de actividades* (1ª Edição ed.). Coimbra.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª Edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- McEwen, M., & Wills, E. (2009). *Bases teóricas para a enfermagem* (2ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Midwives, I. C. (2002). *Essential Competencies for Basic midwifery Practice*. Obtido em 12 de Abril de 2012, de ICM: <http://www.internationalmidwives.org/>.
- Nunes, L. A., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.
- OMS. (1996). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- Ordem Enfermeiros (Abril de 2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Obtido em 05 de Dezembro de 2010, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem Enfermeiros (17 de Março de 2007). *Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem Enfermeiros (Dezembro de 2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático*. Lisboa.

- Ordem Enfermeiros (Setembro de 2010). Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa.
- Ordem Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Polit, D., & Hungler, B. P. (1991). *Investigacion cientifica en ciencias de la salud* (3ª Edição ed.). México: Interamericana, McGraw-Hill.
- Polit, D., Hungler, B. P., & Eck, C. T. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (5ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Salmi, G. S., Silva, J. d., & Cuzziol, K. T. (2009). *Métodos de controle da dor no parto: uma abordagem do enfermeiro*. Obtido em 01 de Julho de 2011, de <http://www.zemoleza.com.br/carreiras/biologicas/enfermagem/trabalho/45965-metodos-de-controle-da-dor-no-parto-uma-abordagem-do-enfermeiro.html>
- Sartori, A. L., & al, e. (Janeiro de 2011). Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. *Enfermeria Global*, 1-9.
- Schimid, V. (2007). *About physiology in pregnancy and childbirth* (2ª Edição ed.). Firenze: Litografia I. P.
- Serrano, M. T., COSTA, A. d., & Costa, N. M. (Março de 2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s). *Referência, III*, 15-23.

- Sescato, A. C., Souza, S. R., & Wall, M. L. (Out/Dez de 2008). Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*, 13 (4), 585-590.
- Shallow, H. (2003). *My rolling programme: the birth ball - ten years experience of using the physiotherapy ball for laboring women*. Obtido em 06 de Abril de 2012, de MIDIRS Midwifery Digest: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=2bdda2d9-d632-49fd-9368-6a132ce5820e%40sessionmgr15&vid=5&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d#db=rzh&AN=2003164202>
- Silva, L., Oliveira, S. M., Silva, F. M., & Alvarenga, M. B. (Abril de 2011). *Uso da bola suíça no trabalho de parto*. Obtido em 06 de Abril de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. London: Wadsworth Pub Co.
- Swanson, K. (s.d.). A Program of Research on Caring. In *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 412-420). Philadelphia: F. A. Davis and Company.
- Swanson, K. (s.d.). Desenvolvimento Empírico de uma Teoria do Cuidar de Médio Alcance. (M. L.-P. ESEMFR, Trad.)
- Tojal, M. E. (2003). *A caminho*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Watkins, S. S. (Dezembro de 2001). *Get on the ball - The "birth ball" That is!* Obtido em 06 de Abril de 2012, de ebscohost: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?vid=13&hid=125&sid=77dea6c5-0fb3-457b-aab0-36fd03e2bebd%40sessionmgr114>

ANEXOS

ANEXO I

Projeto individual de estágio

ANEXO II

1º Diário de aprendizagem

ANEXO III
2º Diário de aprendizagem

ANEXO IV

Relatos das parturientes que utilizaram a bola de nascimento durante o TP

ANEXO V

Diagnóstico de situação acerca do uso da bola de nascimento realizado no bloco de partos do local do EC

ANEXO VI
Sessão formativa aos pares

ANEXO VII

Quadro resumo da análise dos artigos